

V2, pak zůstává prakticky stabilní. Podle výsledků ANOVA je ve studovaném čase významné ($p < 0,001$) zvýšení sociálního skóre OAB. Úroveň společenského skóre OAB se významně zvyšuje až do V3, pak zůstává prakticky stabilní.

Podle výsledků ANOVA existuje v průběhu studie významný ($p < 0,001$) pokles počtu mikcí za den. Počet nykturií výrazně klesá až do V4, pak zůstává prakticky stabilní. V průběhu celé studie dochází k významné redukci počtu urgencí za den ($p < 0,001$) pokles počtu naléhavých případů za den během studovaného času. Počet naléhavých událostí výrazně klesá až na úroveň V3, pak zůstává prakticky stabilní. Podle výsledků ANOVA je v průběhu studie významný ($< 0,001$) pokles počtu nykturií. Počet nykturií výrazně klesá až do V4, pak zůstává prakticky stabilní. Podle výsledků ANOVA je významný ($< 0,001$) pokles počtu inkontinencí za den během studovaného intervalu. Počet epizod inkontinence výrazně klesá do návštěvy V2, pak zůstává prakticky stabilní.

Průměrné skóre TS-VAS se zlepšilo během období studie u všech skupin pacientů. Na základě výsledků analýz ANOVA generujících hypotézu bylo zvýšení statisticky významné ($P < 0,001$). Neexistují žádné rozdíly podle pohlaví nebo předchozí léčby.

Dle vyhodnocení EQ-5D-5L došlo v otázce mobility k nárůstu podílu pacientů, kteří hlásili „žádné problémy při chůzi“, a toto zlepšení bylo patrné po

jedno měsíční návštěvě všech skupin pacientů. Podobně pro otázku sebeobsluhy došlo k nárůstu podílu pacientů, kteří hlásili „žádné problémy s praním nebo oblékáním“, a pro otázku běžných činností došlo ke zvýšení podílu pacientů, kteří hlásili „žádné problémy vykonávat své obvyklé činnosti“. Zvýšil se také podíl pacientů, kteří hlásili „bez bolesti nebo nepohodlí“ pro otázku bolest/dyskomfort a podíl pacientů, kteří uvádějí, že nejsou „úzkostní nebo depresivní“ (tabulka 3).

Analýzy všech primárních cílů neodhalily žádné rozdíly podle pohlaví pacienta nebo předchozího antimuskarinika.

Na základě třídních mikčních deníků došlo během studie ke snížení frekvence močení. Frekvence se snížila z průměru (SD) 15,1 (1,4) močení na počátku léčby na 6,1 (0,6) po 12 měsících. Podle ANOVA generované hypotézy bylo toto snížení statisticky významné ($p < 0,001$) (tabulka 4).

Během studovaného období došlo k poklesu počtu urgencí z průměru (SD) 4,8 (0,7) při výchozím stavu na průměrných (SD) 1,6 (0,5) po 12 měsících ($p < 0,001$).

Počet epizod nokturií se snížil z výchozí hodnoty průměr (SD) 0,8 (0,6) na 0,9 (0,2) po 12 měsících ($p < 0,001$) (tabulka 5).

Počet inkontinencí byl redukován z průměru 0,7 (SD 1,1) na 0,1 (0,5) po 12 měsících.

Při vyhodnocení uroflowmetrie došlo ke zvýšení maximálního průtoku během studie z:

Tab. 3. EQ-VAS Skóre dle návštěvy

Tab. 3. EQ-VAS score by visit

Visit	Statistics	mITT (LOCF)		PPS	
	(Statistics)	(n = 1892)		(n = 1481)	
V1 (D1)	Průměr (SD)	56,6	(7)	58,4	(5,2)
	Medián (Min; Max)	58,0	(33; 75)	58,0	(45; 75)
V2 (M1)	Průměr (SD)	63,3	(8,5)	65,9	(6,1)
	Medián (Min; Max)	65,0	(35; 85)	66,0	(51; 85)
V3 (M3)	Průměr (SD)	70,6	(10,5)	74,4	(7,1)
	Medián (Min; Max)	72,0	(38; 96)	74,0	(56; 96)
V4 (M6)	Průměr (SD)	78,7	(13,1)	84,0	(8,1)
	Medián (Min; Max)	81,0	(41; 100)	84,0	(62; 100)
V5 (Y1)	Průměr (SD)	79,8	(13,6)	85,5	(8,2)
	Medián (Min; Max)	82,0	(41; 100)	85,0	(63; 100)